

## *Frammenti di corpi: un'indagine antropologica sui trapianti di cuore*

Michela Elisabetta Mitola

antropologa

[michelamitola@gmail.com]

L'articolo prende spunto da una ricerca etnografica effettuata tra la fine del 2008 e la metà del 2009 all'interno del Reparto di cardiocirurgia, Centro trapianti di cuore e nel Day-hospital cardiologico dell'Azienda ospedaliera San Camillo - Forlanini a Roma. L'indagine ha avuto l'obiettivo di documentare ed esaminare le concezioni, i significati e le interpretazioni che le persone coinvolte dal trapianto di cuore – innanzitutto i malati, ma anche i loro familiari e quelli dei donatori – elaborano attorno all'evento del trapianto di cuore e alle pratiche ad esso connesse.

I pazienti con cui ho avuto modo di lavorare sono affetti da una grave malattia cardiaca: la miocardiopatia dilatativa, patologia del miocardio che si manifesta quando il ventricolo sinistro, e spesso anche quello destro, risultano dilatati e non riescono ad apportare sangue sufficiente all'organismo. Coloro che ne soffrono non possono venire guariti farmacologicamente, pertanto la loro unica possibilità di sopravvivere è affrontare un trapianto. Prima di giungere a questo intervento, però, i pazienti sono sottoposti a numerose cure e a volte anche a più operazioni chirurgiche, attraversando così percorsi spesso lunghi e faticosi. Tuttavia, il tempo che intercorre tra il manifestarsi della malattia e l'operazione varia da caso a caso: in alcuni casi può durare anche anni, mentre in altri il percorso è più veloce e porta rapidamente al cardiotrapianto. Durante la ricerca in ospedale ho avuto modo di conoscere sia pazienti ancora affetti dalla malattia, che persone già trapiantate. Con i due gruppi ho affrontato temi diversi, in ragione del fatto che, mentre i primi sono nel pieno della malattia, i secondi hanno in massima parte risolto i loro problemi cardiaci e stanno bene, tanto che frequentano l'ospedale solo per i controlli di routine. Tuttavia, nonostante le differenze tra le tipologie di persone osservate e interpellate, durante tutta la ricerca è stato centrale il tema del corpo. La trasformazione corporea imposta dal trapianto, infatti, richiede una riflessione che va oltre la dimensione

organica, cui è per lo più circoscritta la prospettiva biomedica. Anzi, è stato proprio per soddisfare l'esigenza di un'indagine che esplorasse i risvolti culturali, morali e sociali della pratica del trapianto, che il primario del reparto di cardiocirurgia ha proposto di includere la sua struttura fra quelle in cui da qualche anno si svolgono le ricerche etnografiche in collaborazione con la Facoltà di lettere e filosofia della Sapienza Università di Roma. Una sollecitazione che mostra la consapevolezza, anche da parte del personale medico, di come sia limitante ridurre la malattia e il suo trattamento alla sola dimensione organica e individuale, e dell'utilità di integrare anche il più sperimentato approccio clinico con il vissuto personale dei pazienti e dei loro familiari, del senso che la malattia assume nei diversi contesti sociali, delle relazioni che attorno ad essa si costruiscono e dei valori che sono conseguentemente messi in gioco.

Nonostante la chirurgia dei trapianti riesca a risolvere il problema clinico dei pazienti, ci sono aspetti della malattia e della terapia per conoscere e comprendere i quali è utile un approccio in profondità, qual è quello dell'etnografia. La mia ricerca ha infatti mostrato che, per quanto i trapianti – e in particolare quelli di cuore – si presentino come una delle più efficaci risposte che la biomedicina è in grado di offrire ai gravi problemi di salute dei cittadini, essi abbiano anche numerosi e complessi risvolti, di ordine affettivo, culturale, sociale e politico, che riguardano l'intero percorso seguito da chi soffre di cardiomiopatia, sia prima che dopo il trapianto.

Per riuscire a cogliere le diverse dimensioni del fenomeno del trapianto, è stato imprescindibile concentrarsi sulla riflessione attorno al corpo, non solo in quanto esso costituisce l'“oggetto” per eccellenza dell'antropologia medica (PIZZA G. 2005; SCHEPER-HUGHES N. 2004a [2000], 2004b [2001]), ma anche perché in quest'ambito della biomedicina esso è al centro di sviluppi tecnici, operativi e normativi che hanno prodotto profonde trasformazioni (SHARP L.A. 2000; SCHEPER-HUGHES N. 2004b [2001]; SCHEPER-HUGHES N. - WAQUANT L. 2004): il corpo riplasmato dal bisturi del chirurgo pone al centro del dibattito numerosi problemi di natura etica e morale, per comprendere i quali è necessario esaminare le azioni eseguite sul corpo nelle diverse fasi del processo che culmina nel trapianto. Le possiamo suddividere nel modo seguente: *a*) la fase acuta della malattia, con l'attesa di un nuovo organo; *b*) l'espianto a cuore battente da un individuo in condizioni di morte cerebrale; *c*) il trapianto e la convalescenza. Ogni fase racchiude in sé delle peculiarità che andremo ora a delineare.

Nel momento in cui i pazienti scoprono la gravità della propria malattia sono scompensati<sup>(1)</sup>, ovvero non riescono a respirare, provano un forte affanno e hanno difficoltà a compiere le azioni più elementari, come mangiare, allacciarsi le scarpe, camminare:

«L'ultimo ricovero prima del trapianto, ero arrivato a non allacciarmi le scarpe; per farti un esempio: mi piegavo per allacciarmi le scarpe e nel tornare su avevo affanno, mangiavo una forchettata di pasta e avevo affanno» (C.R., 4 aprile 2009).

«Sei affannata, sei stanca, non riesci a fare le cose più semplici, non ti svegli la mattina, rimani a letto, non è una vita assolutamente accettabile quella, sei completamente limitata, sei come, sì..., hai un handicap enorme in tutto quello che fai, non riesci a mangiare, non riesci ad urinare, quindi ti si gonfiano le gambe» (N.V., 7 gennaio 2009).

Durante questa fase i pazienti possono essere curati farmacologicamente sia per via endovenosa che per via orale; in altri casi, invece, essi possono essere sottoposti a interventi chirurgici, che in gergo medico vengono chiamati "soluzioni ponte". La difficoltà di reperire organi utili, combinata con il rapido progredire della malattia, spesso porta i medici a decidere di effettuare interventi preparatori al trapianto, in cui installano nel corpo dei pazienti dei dispositivi che svolgano la funzione che il cuore malato non è più in grado di compiere. Sono due i tipi di dispositivo che ho avuto modo di conoscere: il VAD (assistenza ventricolare sinistra) e il cuore di carbonio. Il VAD è un dispositivo che non sostituisce il cuore ed è fatto d'argento, di titanio o di altri materiali biocompatibili. Il cuore di carbonio, invece, sostituisce per intero l'organo e viene applicato allorché a un grave scompenso del ventricolo sinistro si aggiunge anche una forte disfunzione di quello destro. Si tratta di una tecnica di recentissima applicazione; tra i pazienti da me intervistati uno solo portava tale dispositivo. Seppur diverse, entrambe le tecnologie dovrebbero consentire all'ammalato di condurre una vita di buona qualità, finché non è possibile effettuare il cardio-trapianto. Da un punto di vista tecnico, questi apparecchi funzionano bene e, infatti, vengono presentati dai medici come risorse fondamentali, in continua evoluzione, che aumentano costantemente la possibilità di salvare la vita dei pazienti in scompenso cardiaco, mantenendo i loro parametri fisiologici entro livelli clinicamente accettabili. Tuttavia, per chi è costretto a farvi ricorso, questi macchinari pongono altri problemi, poiché sono molto invasivi. Ambedue i dispositivi, infatti, oltre ad avere un'applicazione interna all'organismo, sono collegati all'esterno ed alimentati attraverso rete elettrica o batterie. Chi vi è attaccato è quindi costretto a vivere con degli ingombranti prolungamenti esterni da cui non può mai separarsi. Vivere con questi dispositivi non è facile:

le macchine hanno bisogno di essere controllate e gestite, tanto da non permettere una totale libertà di movimento. Questi problemi vengono presentati dai pazienti nei loro racconti di malattia dove mettono in evidenza i limiti di tali macchinari:

«Perché loro lo sanno, una persona che vive con una macchinetta del genere è portata a soffrire dopo, [...] non sofferenza psicologica o chissà che poi dopo, ti fai venire tanti dubbi, tante idee, tante cose, no? stronzate, che a te assolutamente non ti aiutano a stare bene, non ti fanno morire prima, ma non ti aiutano a stare bene certamente» (A.T., 22 gennaio 2009).

Le macchine consentono di continuare a vivere, ma allo stesso tempo costringono i pazienti ad abituarsi a corpi estranei, che modificano le abitudini e lo stile di vita. Nel gestire questa situazione, ogni paziente ha messo in moto meccanismi di accettazione o di difesa, costruendo narrazioni tra loro differenti: chi sottolinea l'aspetto positivo dei macchinari, accettando di buon grado questa tecnologia che gli permette di rimanere in vita; chi alterna momenti di sopportazione ad altri di stanchezza; chi infine non riesce proprio ad accettare una simile invasione del proprio corpo e denuncia tutti i limiti di questa chirurgia.

I principali limiti esposti sono legati ad una nuova gestione del corpo: le macchine, oltre ad essere apparecchiature ingombranti e dal funzionamento complicato, devono operare in simbiosi con l'organismo. Per fare questo la macchina non è completamente autonoma, bensì ha bisogno della collaborazione del paziente, che deve imparare a gestirne i tempi di autonomia, a ricaricarne le batterie, a dormire e a muoversi in modo da non lederla in alcun modo. Ne consegue, quindi, che non è solo il dispositivo a dover essere configurato al corpo del malato, ma è anche quest'ultimo che deve configurarsi al dispositivo (PROUT A. 1996):

«Questa cosa del trapianto l'ho presa bene, [ma] questo no [riferito al VAD], questo no, questo no perché mi limita come uomo, mi limita tutto, condiziona la vita, [...] Perché bene o male, hai sempre la sveglietta che ti suona ogni tre ore e mezza, devi cambiare le batterie. La notte non dormi [alzando il tono di voce], perché [...] la posizione deve essere in contrasto con la piegatura del tubo che entra all'interno dello stomaco, quindi serve una certa posizione, che chiaramente se non è la tua, non dormi [alzando il tono di voce] e neanche ti ci abitui...» (S.I., 7 maggio 2009).

In questi casi si può osservare un progressivo adattamento tra il corpo e la macchina; il che ci aiuta a mettere in evidenza un nuovo importante processo di medicalizzazione messo in atto dalla biomedicina (FOUCAULT M. 1968 [1963], 1977a, 1977b). Parallelamente alla diffusione di questi dispositivi, infatti, si registra anche un incremento dell'influenza del potere di

controllo della scienza medica, che si esercita attraverso le nuove modalità di relazione fra corpi, apparecchiature e società.

L'adattamento alle macchine cui sono costretti i pazienti con sussidi meccanici è un primo passo nel lungo percorso di trasformazione che giungerà al trapianto vero e proprio dove al progressivo adattamento tra corpo e macchina si sostituisce quello tra l'organismo e il nuovo organo ad esso estraneo.

Nonostante i rischi della fase successiva all'operazione, in cui occorre assolutamente prevenire le infezioni e il rigetto, i trapiantati sono persone che hanno compiuto un importante miglioramento nella qualità della vita rispetto a chi è ancora scompensato o in attesa di trapianto e vive grazie all'ausilio di dispositivi; i cardiotrapiantati possono, infatti, riprendere gradualmente la propria vita quotidiana.

Eppure, al di là dei miglioramenti sul piano fisiologico, quella dell'adattamento al cuore di un altro è una fase per altri versi molto delicata, che assume aspetti differenti da paziente a paziente. Dalla ricerca sono emerse due questioni con cui devono confrontarsi i trapiantati al momento del risveglio: quella del dono e quella delle circostanze drammatiche in cui esso è avvenuto. Nei paesi occidentali la compravendita degli organi è vietata, per cui il loro impianto avviene sempre grazie alle donazioni autorizzate dai parenti di persone in stato di morte cerebrale. Se alcuni tessuti ed organi, come il sangue, il midollo, il rene e parti del fegato, possono essere anche donati da persone vive, per quanto riguarda il cuore l'espianto è possibile solo dopo la morte cerebrale del paziente donatore. Pertanto la vita del trapiantato di cuore è possibile solo a condizione della morte di qualcun altro.

La tragicità dell'evento che precede ogni trapianto di cuore viene avvertita ed elaborata da chi riceve la donazione, che può risultare più o meno sensibile a questi risvolti dell'intervento:

«La prima cosa al risveglio: che io mi sentivo un ladro, uno che aveva rubato a un'altra persona per egoismo e per vivere, me sentivo... questa sensazione era fortissima e io me sentivo in colpa, io avvertivo, cioè avverto adesso... Ma per diverso tempo te senti in colpa, ha' voglia che te spieghino che... a me er chirurgo me diceva che: "Ma no, sta' tranquillo, tu non hai colpa de niente". Però è difficile accettarlo» (F.D., 20 novembre 2009).

La sensazione di aver "rubato" la vita a un altro per continuare la propria è spesso molto forte in alcuni pazienti, facendo sì che il dono ricevuto rischi di tramutarsi in qualcosa di difficile da gestire ed elaborare. Siamo qui ben lontani dalla donazione del sangue, ove le condizioni di piena

salute dei donatori non suscitano particolari sensi di colpa in chi riceve le trasfusioni, tanto che gli interventi tecnici che seguono il prelievo portano a percepire il sangue ricevuto alla stregua degli altri prodotti farmacologici (ARÍA M. 2008b; DEI F. 2008). Nel caso del cuore il valore della cosa donata e il prezzo pagato da chi dona sono impossibili da ignorare per il donatario.

Nel suo celebre *Saggio sul dono*, in cui coniò la fortunata espressione di “fatto sociale totale”, Marcel MAUSS (1965 [1924, 1950]) mostrò come l’atto di donare finisse per implicare tutte le diverse dimensioni della vita associata, spingendosi oltre i semplici oggetti di volta in volta donati e contribuendo a costruire forti legami tra individui e gruppi diversi. Per avere compimento, questo “fatto sociale” doveva conoscere tre fasi: quella del dare, quella del ricevere e quella del ricambiare. Il dono effettuato, infatti, pur non obbligando il ricevente a restituire, lo pone in una situazione di debito che deve cercare di estinguere. Questa singolare combinazione di obbligo e libertà è ciò che alimenta la cosiddetta circolarità del dono. Nel caso dei trapianti di cuore, però, il “dono” assume forme radicalmente diverse: l’assoluto anonimato e, soprattutto, la drammatica condizione in cui viene effettuato l’espianto-donazione pongono chi riceve il cuore in una situazione di squilibrio permanente, di debito inestinguibile, non essendogli in alcun modo possibile ricambiare. In questo caso il dono assume caratteristiche che non potevano essere considerate da Mauss. Si tratta, infatti, di un tipo di donazione strettamente legata agli sviluppi tecnico-scientifici che rendono materialmente possibile l’espianto e il successivo impianto degli organi e che ne fanno qualcosa di assolutamente peculiare: un dono diretto agli sconosciuti che non permette la costruzione di legami faccia a faccia di cui parlava Marcel Mauss nel suo saggio.

Escludere la possibilità di creare legami sociali sembra contravvenire alla logica stessa del dono.

La questione del dono è dunque centrale nel trapianto di organi e riporta ad un importante e complesso dibattito che cercheremo ora di delineare. Tuttavia, il dibattito sul significato del dono è talmente vasto da costringerci a farvi solo qualche accenno.

Le principali interpretazioni di questo concetto si possono racchiudere in due gruppi: la prima riguarda la posizione assunta da alcuni studiosi per cui il dono viene equiparato al concetto di scambio e dunque allo scambio commerciale, che prevede un contraccambio tendente all’equivalenza. In molti studi antropologici l’utilizzo del più semplice concetto di scambio è stato favorito fino agli anni inizi degli anni ottanta (ARÍA M.

2008a). Molti antropologi come Malinowski e Lévi-Strauss hanno in modi diversi sostenuto l'utilizzo del concetto di scambio a discapito di quello più complesso e sfaccettato di dono. L'altra interpretazione, invece, si rifà ad una visione più moralizzante, per cui è dono solo ciò che non attende ritorno e si identifica come sacrificio unilaterale del donatore nei confronti del ricevente. Questa corrente di studi identifica il concetto di dono con quello di *agápē*, di amore puro, che non cerca né conosce restituzione; esso sarebbe osservabile allorché le persone effettuano doni di grande importanza senza aspettarsi alcun tipo di ricambio. Questo modo di intendere il dono presenta, però, diversi problemi che sono stati messi in luce da alcuni studiosi. Infatti, se si stabilisce che l'unico dono possibile è un atto che non attende ritorno, viene da chiedersi se sia realmente applicabile nella realtà un concetto come quello di dono "puro".

Come l'analisi di DERRIDA (1996 [1991]) mette in luce, l'atto di donare implica intenzionalità e crea l'aspettativa di un ritorno, in termini sia materiali, sia simbolici o di riconoscenza. Per tali ragioni il dono "puro", in quanto assolutamente gratuito, sembra impossibile; anzi, per Derrida sarebbe l'immagine stessa dell'impossibile:

«Se la figura del circolo è essenziale all'economico, il dono deve rimanere *aneconomico*. Non che esso rimanga estraneo al circolo, ma deve *mantenere* nei confronti del circolo un rapporto di estraneità. È forse in questo senso che il dono è l'impossibile. Non impossibile, ma *l'impossibile*. La figura stessa dell'impossibile. Esso si annuncia, si fa [*se donne à*] come l'impossibile» (DERRIDA J. 1996 [1991]: 7).

Benché il dono "puro" appaia impossibile nella realtà concreta, ci si può domandare se la donazione di organi non vi si avvicini molto, visto che chi dona gli organi di un parente morto non può attendersi alcuna forma diretta di ricambio. Proprio riguardo alla discussione intorno al dono puro vanno registrate le posizioni degli studiosi che hanno costituito il Movimento Anti Utilitarista nelle Scienze Sociali (M.A.U.S.S.)<sup>(2)</sup>, i quali, rifacendosi appunto alle considerazioni di Marcel Mauss, ritengono che si possa parlare del dono come di una combinazione di fattori tra loro opposti, di libertà e di obbligo, di interesse e generosità, recuperando in tal modo le motivazioni che ne sono all'origine (CAILLÉ A. 1998; GODBOUT J.T. 1998 [1996], 2000, 2008 [2007]; GODBOUT J.T. - CAILLÉ A. 1993 [1992]). In questa prospettiva, chi dona può anche aspettarsi qualcosa in cambio senza che ciò annulli il valore e la portata dell'atto. Nel caso del dono di organi, dunque, in cui l'anonimato dei destinatari e l'irrimediabilità del sacrificio del donatore sembrerebbero negare ogni possibilità di restituzio-

ne, i familiari decidono di donare perché così facendo riescono a sentirsi partecipi del proprio tessuto sociale e a farsi carico della sofferenza di uno sconosciuto.

In questa prospettiva, le generiche aspettative di riconoscenza di coloro che effettuano la donazione non annullano il valore dell'atto in sé. Il valore simbolico e relazionale insito nella donazione, non annulla il valore che essa possiede, ma anzi contribuisce a creare le condizioni di quella peculiare forma moderna di dono che è il fenomeno della donazione agli sconosciuti (TITMUS R.M. 1970; GODBOUT J.T. 2008 [2007]; GODBOUT J.T. - CAILLÉ A. 1993 [1992]).

Nella mia ricerca, il valore del legame simbolico creato con l'atto di donazione è emerso dalle narrazioni di chi di quell'azione la vive: il destinatario. Colui che riceve un cuore "nuovo", infatti, si trova a vivere da solo il "peso" di un tale gesto e ad elaborarne gli effetti. Un'esperienza che in questo caso passa attraverso l'"incorporazione" del dono, in quanto ciò che si riceve è un pezzo del corpo di un altro individuo: è attraverso la consapevolezza della trasformazione del proprio corpo ridisegnato chirurgicamente dal bisturi, che i pazienti prendono pienamente coscienza del dono ricevuto.

Nel caso del trapianto di cuore, la sensazione di aver cambiato una parte di sé è ancora più viva che negli altri trapianti, in quanto esso è l'unico organo il cui funzionamento emette un suono facilmente percepibile: il battito cardiaco. La differenza che c'è tra il battito di un cuore scompensato e quello dell'organo "nuovo" e sano è avvertita in diversa misura dai pazienti, a seconda delle manifestazioni e del decorso più o meno lungo della malattia prima del trapianto, della loro personale sensibilità e della possibilità che hanno avuto di riflettere sull'intervento subito. Nel descrivere il proprio cuore scompensato, i pazienti ricorrono solitamente a metafore o ad onomatopee per riprodurre ciò che essi sentivano:

«Ogni tanto mi dava... lo sentivo che batteva in gola, nelle orecchie [...] "Umbom, umbom!!" A volte me sentivo, avevo la sensazione, dico: "Adesso esce!", insomma, eh» (F.D., 22 gennaio 2009).

«No, il battito... a me... immaginati che, invece di un battito regolare, sentivi: "Tutum, tutum". Poi sentivi un attimo un vuoto, poi sentivi: "Tutum, tutum", perché non era preciso» (F.G., 13 febbraio 2009).

«Anche adesso, ho fatto cinque minuti di corsa di seguito, ce l'avevo che batteva, normalmente lo senti, però io lo sentivo che stava dentro la testa, dentro l'orecchio, dico: "Esplode!". Cioè io ho la sensazione che stia per scoppiare e invece è normalissimo. È che noi non siamo più abituati, dopo



tanti anni di scompensi l'hai dimenticato. [...] Lo sentivo che batteva, che batteva dappertutto, ma il rumore sentivo, non sentivo i colpi addosso, perché a quelli non ci si fa caso, sentivo proprio il rumore delle orecchie, come se ce l'avessi qui [*indica le orecchie e parte della testa*]» (C.R., 4 maggio 2009).

Il fatto che durante il periodo dello scompenso i malati cardiopatici avvertono le disfunzioni del proprio battito – ora irregolare, ora troppo debole, ora troppo forte – consente loro di riconoscere subito dopo il trapianto che qualcosa è cambiato. Il cuore “nuovo”, infatti, è un organo sano, che non presenta più i problemi di quello malato, non svolge la sua funzione con un eccesso o un difetto di “rumore”, ma lavora in modo regolare e preciso. Un mutamento percepito chiaramente dai trapiantati:

«Senti che c'hai el core de 'n artro, [...] lo senti batte', e [...] e lo senti che batte bene; invece prima il mio non batteva, era... io 'o chiamavo “cate-naccio”» (F.D., 20 novembre 2008).

E la moglie aggiunge:

«Quando sono entrata da lui, aveva tutti i monitor, [...] quando ho visto quello del cuore, ho detto: “Non è più il cuore suo, è un altro cuore, che batte!” [...] Ho visto che batteva un altro cuore al posto di quello che c'era prima. E si vedeva, perché andava bello veloce, centoquaranta battiti al minuto!» (F.D., 20 novembre 2008).

«Soprattutto l'ho sentito quando sono sceso a reparto, su non avevo tempo di ascoltare queste cose, lì c'è la voglia di uscire da quell'acquario, la terapia intensiva è un acquario e faceva [*imita il saluto con la mano*], ci mancava solo che facessi così co' a bocca [*imita il boccheggiare dei pesci*], poi dopo quando stavo a reparto lo sentivo che batteva, che batteva dappertutto [...] eh beh! Dal non sentirlo più a sentirlo così forte si che è stata una bella sensazione» (C.R., 04 maggio 2009).

Il cuore lo si sente battere, a differenza del rene o del fegato. E questo suono costringe il paziente a ricordare che qualcuno ha donato, al prezzo della propria vita, una parte del corpo che adesso si muove dentro il suo. Insomma, per questi trapiantati il battito cardiaco diviene il mezzo attraverso il quale essi prendono coscienza sia delle trasformazioni del proprio corpo, sia del valore del dono ricevuto. In tal modo essi cominciano anche a costruire un rapporto, quasi sempre immaginario, con il donatore.

La questione del donatore, che riguarda ogni tipo di trapianto, assume una connotazione peculiare in quello di cuore ed è stata sempre al centro della mia indagine. Ogni trapiantato elabora questo rapporto in modo personale: benché vi sia anche chi rifiuta di parlarne, la grande maggioranza accetta di parlarne e spesso racconta di aver sviluppato un

forte sentimento di gratitudine, che tuttavia in alcuni casi può anche trasformarsi in senso di colpa e in una sorta di ossessione nei confronti del donatore:

«Sì, sì, ma tu pensi: è dal cuore che si sentono sentimenti nuovi o è una cosa che penso io? Ecco, perché, ancora tutt'oggi dico: "[...] Ditemi qualcosa [*sul donatore,*] che io posso...". "È una cosa che non si può fare". [...] Però tutti i giorni che apri gli occhi ti fai delle domande e tu non hai delle risposte: com'era, come non era, che cosa faceva nella vita, [se] ci sono dei bambini, magari – sai com'è – uno può dargli una mano, ti fai tante domande!» (Z.U., 21 dicembre 2008)

«Ti dirò di più, io i primi mesi, addirittura, quando camminavo, me sembrava de esse' seguito, di stare in compagnia... di averlo accanto a me, ma proprio, certe volte guarda che fissavo lo sguardo pe' vede' [...] Io ero sveglio, sono sveglio, adesso di meno, ma [...] qualche volta, [...] mi alzo sempre la notte, [...] le due, le tre, le quattro, dipende, e io vado a guarda' bene, [...] in soggiorno, dico: "Ma mi sembra che c'è qualcuno!"» (F.D., 20 novembre 2008).

«Perché come ti dicevo l'altra volta si introduce la doppia personalità, c'è la possibilità che tu vuoi fare una cosa e l'istinto ti dice di no.. o per esempio come è successo i primi tempi, quando io viaggiavo con il treno, venivo a Roma, per esempio io sapevo che dovevo venire a prendere l'autobus, però l'istinto mi diceva che dovevo andare a un'altra parte magari che io non sapevo. [...] o magari un esempio che io voglio prendere il bicchiere con la destra e l'istinto lo prende con la sinistra, perciò io mi faccio la domanda: "Ma che era mancino?"» (Z.U., 21 dicembre 2008).

Il pensiero fisso rivolto al donatore costruisce nel tempo una sensazione quasi di fusione con lo spirito del donatore. Tale percezione risulta più marcata per quei pazienti che meno di altri restano legati alla struttura ospedaliera. Ho notato, infatti, che mentre coloro che frequentano più assiduamente l'ospedale riescono a sviluppare verso il trapianto un atteggiamento simile, quelli che per svariati motivi allentano i contatti con le strutture sanitarie sono portati a elaborare interpretazioni diverse. L'interazione col personale ospedaliero, sebbene non costituisca l'unico fattore causale di questa diversificazione, offre ai trapiantati chiavi di lettura di taglio organicista e spersonalizzanti che li mettono al riparo da interpretazioni che possono alimentare il loro senso di colpa. Essi riescono così a elaborare il sentimento della propria riconoscenza senza scivolare verso forme di ossessione o verso la colpevolizzazione. Il discorso biomedico permette loro di circoscrivere il problema delle circostanze e degli effetti del trapianto alla dimensione organica, focalizzando l'attenzione sull'idea che il cuore sia soltanto un muscolo che pompa sangue.

Eppure, in alcuni casi, il valore simbolico del cuore, come sede dei sentimenti e delle emozioni, ha la meglio e genera nel ricevente la sensazione di aver assorbito qualcosa dell'essenza del donatore, quando non addirittura di venirne condizionato. Mi racconta un'infermiera del reparto:

«[...] alcuni pensano di essere impossessati, cioè che il donatore si sia impossessato di loro e quindi trovano strano che alcuni atteggiamenti, alcuni comportamenti, anche alcune modifiche della loro vita possano essere quelli che erano prima, quindi dice: "Possibile che io prima non facevo queste cose e adesso le faccio?", e quindi uno si dice, magari a livello psicologico può pensare che il donatore si è impossessato di lui».

Di conseguenza, mentre per alcuni le argomentazioni di stampo organicista della biomedicina hanno un effetto benefico e rassicurante, per altri esse finiscono per risultare riduttive e semplicistiche, causando frustrazione. Vi sono pazienti che non si accontentano di circoscrivere il vissuto del loro trapianto alla dimensione del discorso biomedico e si sentono frustrati nel vedere inascoltata l'esigenza di conferire un significato più personale e profondo alla propria vicenda. Aggiunge l'infermiera:

«Credo che tutto quello che loro hanno dentro, che loro sentono, non riescono ad esprimerlo e quindi, hanno paura e pensano che la gente che gli sta intorno non lo possa capire, perché effettivamente solo loro sanno quello che si sentono dentro. Che cosa, qual è il rapporto, che cos'è questa cosa ossessiva che li porta magari ad avere sempre questo pensiero fisso, cioè ci sono persone che ci si alzano la mattina e ci si addormentano la sera con questo pensiero».

Per queste ragioni:

«Ci sono pazienti che ad un certo punto si stufano. Ci sono stati, non nel nostro centro, però [...] negli altri centri ci sono stati addirittura pazienti che non hanno preso più terapia immunosoppressiva, perché erano stanchi, si erano depressi a tal punto che poi alla fine sono morti, appunto per rigetto» (L.R. 30 gennaio 2009).

Non riuscendo a trovare nelle argomentazioni della biomedicina risposte adeguate ai loro interrogativi personali circa l'identità del donatore e alla ricerca di un senso morale per il dono ricevuto, può succedere che alcuni trapiantati, nonostante la riuscita tecnica dell'intervento, inizino a deprimersi e finiscano per rifiutare di prendere i medicinali immunosoppressivi, indispensabili ad evitare il rigetto. Si è tentati di interpretare questo atteggiamento di rifiuto nei confronti dell'indispensabile cura farmacologica come una sorta di "rigetto" nei confronti dell'interpretazione biomedica che lascia poco spazio al profondo biso-

gno di significato e di relazione di cui chi ha ricevuto un cuore nuovo sente il bisogno.

Il rifiuto di vivere con un organo troppo anonimo ed impersonale, può sfociare in simili casi estremi, ma nella maggior parte dei casi si racchiude all'interno di narrazioni complesse ed interessantissime che ci aiutano a comprendere quanto il rapporto con il donatore sia la chiave di volta per la riuscita del trapianto da un punto di vista sociale e psicologico, ma al contempo anche medico e organicistico.

Durante i mesi della mia ricerca ho notato che la strategia più diffusa tra i pazienti per evitare di giungere a un tale rifiuto è di rivolgere verso terzi il loro bisogno di sdebitarsi:

«Però dopo, diciamo poi, senti la necessità di fare qualche cosa per gli altri, per sdebitarti; io addirittura volevo andà a donà il sangue, eh, però me dissero: “Per carità de Dio, li avveleni tutti con l’antirigetto”. I fulmini... e allora però, ecco, senti questa necessità fino a che dopo pochissimo, dopo un annetto, me venne in mente de fa’ st’associazione che poi abbiamo fatto» (F.D., 20 novembre 2008).

Se come asserisce Mauss l'essenza del dono sta in quell'obbligo misto a libertà che porta il dono ad essere ricambiato, nei trapianti di organi la circolarità di questa azione sembra venir meno in quanto chi dona lo fa a costo della vita e pertanto ricambiare per il donatario diventa impossibile.

Pertanto l'unico modo per riattivare il circolo sembra essere quello di spostare su terzi, su sconosciuti, l'esigenza di sdebitarsi del dono ricevuto. Questa strategia sembra che impedisca ai pazienti di rimanere vittime di quello che alcuni studiosi hanno chiamato “la tirannia del dono” ovvero la sensazione di colpevolezza, di ossessione o negazione di fronte ad un dono tanto grande quanto impossibile da ricambiare.

Nel caso di questo paziente all'ossessione iniziale verso il donatore subentra pian piano un rapporto sublimato che si fa strada dal momento in cui il paziente sente la necessità di sdebitarsi facendo qualcosa per gli altri. Un anno dopo, infatti, costituisce l'associazione cardiotrapiantati italiani (ACTI)<sup>(3)</sup>.

Concludendo il trapianto di cuore si configura come una forma del tutto particolare del moderno “dono agli sconosciuti” di cui già parlava Titmuss. In questo caso però, a differenza del dono del sangue, la natura unica e insostituibile della cosa donata rende impareggiabile il dono. Quando i familiari del donatore decidono di donare il cuore, il donatore è già morto, ciò impedisce ogni possibilità di restituzione da parte del donatario. Tale situazione in cui si viene a trovare il donatario unita all'impossibilità di avere contatti diretti con i familiari del donatore (cosa

impedita dalla legge) induce i donatori a intraprendere iniziative di volontariato instaurando così su una dimensione allargata i vincoli sociali di solidarietà e assistenza equiparabili per alcuni versi a quelli della circolarità del dono.

## Note

<sup>(1)</sup> Lo scompenso cardiaco è una condizione che si determina quando il cuore, e in particolare il ventricolo sinistro, perde la sua normale capacità di pompare sangue per mantenere le funzioni vitali dell'organismo e, quindi, lavora con sempre minore efficienza.

<sup>(2)</sup> Il M.A.U.S.S. (Movimento Anti-Utilitarista nelle Scienze Sociali) nasce a Parigi nel 1981, da un insieme composito di intellettuali (economisti, giuristi, sociologi e antropologi, provenienti da varie parti del mondo) che, per divulgare le proprie idee e iniziative, comincia a editare il periodico "Bulletin du M.A.U.S.S.". L'impulso alla nascita del movimento venne casualmente nell'aprile del 1980, in occasione di un dibattito organizzato dal Centre Thomas More sul tema del dono. Tra i molti specialisti che vi presero parte c'erano anche Gérald Berthoud, docente di antropologia all'Université de Lausanne, e Alain Caillé, professore di sociologia all'Université de Caen. Entrambi rimasero colpiti dall'impostazione del dibattito che negava la natura stessa dell'oggetto di analisi e dall'assoluta ignoranza dei lavori di una certa antropologia che aveva indagato nel modo più adeguato il fenomeno del dono definendolo come "fenomeno sociale totale" (il riferimento è ovviamente all'opera di Marcel Mauss, di cui non a caso il movimento parlerà come di una "découverte", troppo a lungo dimenticata o unilateralmente interpretata dalla scienza sociale contemporanea).

<sup>(3)</sup> L'Associazione cardiotrapiantati italiani (ACTI), sezione ONLUS di Roma, si è costituita ufficialmente il 19 novembre 2004 con l'approvazione dello Statuto sociale da parte di 16 soci, che hanno eletto il primo Consiglio direttivo presieduto dal professor Francesco Musumeci, cardiocirurgo, direttore del Dipartimento cardiovascolare del San Camillo - Forlanini. L'associazione si prefigge di rappresentare e tutelare gli interessi morali e materiali dei cardiotrapiantati e di coloro le cui condizioni sanitarie indicano come indispensabili per la sopravvivenza l'intervento di trapianto del cuore.

## Bibliografia

ARÍA M. (2008a), *Dono, hau e reciprocità. Alcune riletture antropologiche di Marcel Mauss*, pp. 181-221, in DEI F. - ARÍA M. (curr.), *Culture del dono*, Meltemi, Roma.

ARÍA M. (2008b), *Le aporie del sangue: un dono che non fa amici*, pp.193-217, in DEI F. - ARÍA M. - MANCINI G.L. (curatori), *Il sangue degli altri. Per un'antropologia dell'altruismo*, Pacini Editore, Pisa.

CAILLÉ A. (1998 [2007]), *Il terzo paradigma. Antropologia filosofica del dono*, Bollati Boringhieri, Torino [ediz. orig.: *Le tiers paradigme. Anthropologie philosophique du don*, La Découverte, Paris, 2007].

CUTTINO V. (1997), *La donazione di organi. Un'analisi antropologica*, in "La Ricerca Folklorica", n. 36, 1997, pp. 133-147.

DEI F. (2004a [1996]), *Medicine alternative. Il senso del male nella postmodernità*, "I fogli di ORISS", n. 5, 1996, pp- 29-56.

- DEI F. (2004b) *Oggi si chiama negatività: la pranoterapia tra folklore e medicine non convenzionali*, Università degli Studi di Roma "La Sapienza", Facoltà di Lettere e Filosofia, Corso di Laurea in Teorie e Pratiche dell'Antropologia, Dipartimento di Studi Glottantropologici e Discipline Musicali, Roma, 2004, 70 pp.
- DEI F. (2004c) *Salute-salvezza*, "Religioni & Società", vol. 19, n. 3, 2004, pp. 7-24.
- DEI F. (2008) *Il dono del sangue tra realtà biomedica, contesti culturali e sistemi di cittadinanza*, pp. 9-41, in DEI F. - ARÍA M. - MANCINI G.L. (curatori), *Il dono del sangue. Per un'antropologia dell'altruismo*, Pacini Editore, Pisa.
- DEI F. - ARÍA M. (curatori) (2008), *Culture del dono*, Meltemi, Roma.
- DEI F. - ARÍA M. - MANCINI G.L. (curatori) (2008), *Il dono del sangue. Per un'antropologia dell'altruismo*, Pacini Editore, Pisa.
- DERRIDA J. (1996 [1991]) *Donare il tempo: la moneta falsa*, Raffaello Cortina Editore, Milano, [ediz. orig.: *Donner le temps*, Editions Galilée, Paris].
- FAVOLE A. (2003) *Resti di umanità. Vita sociale dopo la morte*, Laterza, Roma - Bari.
- FOUCAULT M. (1968 [1963]), *Nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*, Einaudi, Torino, [ediz. orig.: *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Presses Universitaires de France, Paris].
- FOUCAULT M. (1977a), *Microfisica del potere: interventi politici*, a cura di A. FONTANA e P. PASQUINO, Torino, Einaudi.
- FOUCAULT M. (1977b), *Nascita della medicina sociale*, in DAL LAGO A. (curatore), *Archivio Foucault. Interventi, colloqui, interviste*, 3 voll, vol. 2: 1971-1977, Feltrinelli, Milano.
- GOOD B.J. (1999 [1994]), *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Milano, Comunità [ed. orig.: *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*, Cambridge University Press, Cambridge].
- GOOD B.J. (2006 [1977]), *Il cuore del problema. La semantica della malattia in Iran*, pp. 31-75, in QUARANTA I. (curatore), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano [ed. orig. del saggio: *The heart of what's the matter. The semantics of illness in Iran*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 1, n. 1, 1977, pp. 25-58].
- GODBOUT J.T. (1998 [1996]), *Il linguaggio del dono*, Bollati Boringhieri, Torino [ed. orig.: *Le langage du don*, Édition Fides, Montréal, 1996].
- GODBOUT J.T. (2000), *Le don, la dette et l'identité*, La Découverte, Montréal - Paris.
- GODBOUT J.T. (2008 [2007]) *Quello che circola tra di noi. Dare, ricevere, ricambiare*, Vita e Pensiero, Milano [ed. orig.: *Ce qui circule entre nous. Donner, recevoir, rendre*, Editions du Seuil, Paris, 2007].
- GODBOUT J.T. - CAILLÉ A. (1993 [1992]), *Lo spirito del dono*, Bollati Boringhieri, Torino [ed. orig.: *L'esprit du don*, La Découverte, Montréal - Paris., 1992].
- MAUSS M. (1965 [1924, 1950]) *Saggio sul dono. Forma e motivo dello scambio nelle società arcaiche*, pp. 153-292, in MAUSS M., *Teorica generale della magia e altri saggi*, introduzione all'opera di M. Mauss di C. LÉVI-STRAUSS, avvertenza all'edizione francese di G. GURWITZ, presentazione di E. DE MARTINO, Einaudi, Torino, 1965 [ediz. orig. del volume: *Sociologie et anthropologie*, Presses Universitaires de France, Paris, 1950 / ediz. orig. del saggio: *Essai sur le don. Forme et rasion de l'échange dans les sociétés archaïques*, "Année Sociologique", serie II, 1923-1924, n. 1].
- PIZZA G. (2005), *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma.
- PROUT A. (1996), *Actor-network theory, technology and medical sociology. An illustrative analysis of metered dose inhaler*, "Sociology of Health and Illness", vol. 18, n. 2, 1996, pp. 198-219.
- SCHEPER-HUGHES N. (2004a [2000]), *Il traffico di organi nel mercato globale*, Ombre Corte, Verona [ed. orig.: *The global traffic in human organs*, University of California, Berkeley, 2000].
- SCHEPER-HUGHES N. (2004b [2001]), *Neo-cannibalismo: corpo e feticismo delle merci*, pp. 43-62, in SCHEPER-HUGHES N. - WAQUANT L. (curatori), *Corpi in vendita. Interi e a pezzi*, Ombre Corte, Verona

[ed. orig.: *Commodity fetishism in organs trafficking*, pp. 31-62, in SCHEPER-HUGHES N. - WAQUANT L. (curatori), *Commodifying bodies*, Sage Publications, London, 2001].

SCHEPER-HUGHES N. - WAQUANT L. (curatori) (2004 [2001]), *Corpi in vendita. Interi e a pezzi*, Ombre Corte, Verona [ed. orig.: *Commodifying Bodies*, Sage Publications, London, 2001].

SHARP L.A. (2000), *The commodification of the body and its parts*, "Annual Review of Anthropology", vol. 29, 2000, pp. 287-328.

TITMUS R.M. (1970), *The gift relationship. From human blood to social policy*, The New Press, New York.

## Scheda sull'Autrice

Michela Mitola nasce il 6 dicembre 1984 ad Ascoli Satriano (provincia di Foggia), sui colli della Daunia, Puglia. A 19 anni si trasferisce a Roma per studiare antropologia culturale presso la Facoltà di lettere e filosofia della Università degli studi di Roma "La Sapienza". Nel gennaio 2010 si laurea con una tesi di antropologia medica sui trapianti di cuore. Tra il 2011 e il 2012 pubblica il libro *Il Corpo di Pandora. Storie di trapiantati tra l'attesa e il dono* (ACTI, Roma) e, per la rivista del Centro nazionale trapianti, l'articolo *L'altro cuore: il rapporto con il donatore nei pazienti cardio-trapiantati* ("Trapianti", vol. 16, n. 3).

## Riassunto

### *Frammenti di corpi: un'indagine antropologica sui trapianti di cuore*

L'articolo che trae il materiale da un'esperienza sul campo presso l'Unità operativa di cardiocirurgia del Centro trapianti di cuore e il Day-hospital cardiologico dell'Azienda ospedaliera San Camillo - Forlanini, a Roma, racconta l'esperienza unica dei pazienti trapiantati che dopo un percorso di malattia e cure devono affrontare un trapianto di cuore. Le storie narrate sono tutte vere e cercano di mettere in primo piano il vissuto ora del malato-sofferente ora del trapiantato-rinato.

In un primo tempo, quando il paziente è scompensato e vive la fase acuta della malattia, viene curato sia farmacologicamente sia attraverso apparecchiature che sostituiscono il cuore o lo aiutano nel suo funzionamento. Questi macchinari sebbene aiutino i pazienti a rimanere in vita spesso risultano ingombranti e scomodi per i malati che devono adattarsi alle loro funzioni. L'adattamento alle macchine cui sono costretti i pazienti con sussidi meccanici è un primo passo nel lungo percorso di trasformazione che giungerà al trapianto vero e proprio dove al progressivo adattamento tra corpo e macchina, si sostituisce quello tra l'organismo e il nuovo organo ad esso estraneo.

In un secondo momento, quello successivo al trapianto, l'attenzione dei pazienti è rivolta non più alla malattia in senso stretto, ma alla peculiare situazione di aver ricevuto in dono da uno sconosciuto morto una parte del suo corpo, il cuore. Questo dono impossibile da ricambiare spezza la circolarità del dono di cui parlava Mauss nel suo celebre saggio, trascinando spesso il ricevente in un senso di colpa che si esplicita in un ossessivo rapporto con il suo donatore. Tutto questo, che alcuni studiosi chiamano "tirannia del dono", non coinvolge tutti i pazienti e non riguarda tutto il post trapianto; molti, difatti, riescono ad attivare una strategia per scavalcare l'*empasse* del circolo del dono e rivolgono a terzi sconosciuti il loro bisogno di sdebitarsi, riattivando così la virtuosa circolarità del dono aperta dai familiari del donatore.

*Parole chiave:* dono, corpo, battito del cuore, l'altro cuore.

## Résumé

### *Une étude anthropologique sur la greffe de cœur*

L'article, né d'une recherche conduite dans l'Unité opérative de chirurgie cardiovasculaire et le Day-hospital cardiaque de l'Hôpital San Camillo - Forlanini à Rome, étudie l'expérience unique des patients qui affrontent une greffe de cœur; l'étude se fonde sur les interviews avec les patients dans leur condition de malades-souffrants avant la transplantation et de greffés-renés après.

Un patient avec une insuffisance cardiaque peut être soigné ou au moyen de médicaments ou bien au moyen d'appareils qui replacent le cœur et l'aident dans sa fonction. Ces appareils permettent au patient de rester en vie, mais ils sont souvent encombrants et inconfortables et le patient doit s'adapter à eux. Cette adaptation aux machines est le premier pas du long procès de transformation qui arrive à la greffe, où la progressive adaptation entre corps et machine est remplacée par l'adaptation entre corps et organe étranger.

Après la greffe l'attention du patient n'est plus centrée sur la maladie, mais sur la condition qu'il vit: il a reçu un don qui est maintenant une partie de son corps, le cœur, par une personne inconnue et morte. L'évidente impossibilité de rendre est une rupture de la circularité du don dont Mauss a parlé dans un célèbre essai. Cette impossibilité conduit le destinataire à un sentiment de culpabilité qui se manifeste comme une relation obsessive avec le donneur. Ce procès est appelé «la tyrannie du don» par quelques savants, mais ne se manifeste pas dans tous les cas de patients qui ont affronté une greffe de cœur. En effet, beaucoup de patients arrivent à surmonter l'impossibilité de rendre directement le don reçu, en déplaçant leur nécessité de



contre-donner sur des tiers inconnus, ce qui permet de réactiver la circularité du don ouverte par la famille du donneur.

*Mots clés:* don, corps, battement de cœur, l'autre cœur.

## Resumen

### *Fragmentos de cuerpos: un estudio antropológico sobre los trasplantes de corazón*

A partir de una experiencia directa en la Unidad operativa de cirugía cardíaca-Centro trasplante de corazón y el Day-hospital (hospitalización de día) cardiológico de la Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini en Roma, el artículo trata la experiencia única de los pacientes que han sufrido trasplante de corazón, que, después de llevar a cabo un recorrido de enfermedad y curas tienen que afrontar un trasplante de corazón. Las historias relatadas son todas auténticas y tratan de poner en primer plano, por un lado el vivir del enfermo-sufriente y por el otro el del trasplantado-renacido.

En primer lugar, cuando el paciente sufre una insuficiencia cardíaca y vive la fase peor de la enfermedad, se puede tratar farmacológicamente o través de equipos que replazan el corazón o le ayudan en su funcionamiento. Estos equipos, si por un lado ayudan los pacientes a permanecer en vida por el otro son engorrosos e incómodos para los enfermos que tienen que adaptarse a su funcionamiento.

La adaptación a los equipos, representa el primer paso en el largo proceso de transformación destinado a los trasplantes de corazón, en el cual la adaptación progresiva entre cuerpo y máquina se sustituye por la adaptación entre en cuerpo y un órgano ajeno.

Posteriormente, después del trasplante, la atención de los pacientes no se centra tanto en la enfermedad en si misma, si no en la situación en la que se encuentran involucrados, habiendo recibido como regalo de un desconocido muerto una parte de su cuerpo, el corazón. Este don, que no se podrá devolver, rompe la circularidad del mismo, abarcada para Mauss en su célebre ensayo, arrastrando a menudo el receptor en un sentimiento de culpabilidad, que se manifiesta en una obsesiva relación con su donador.

Todo esto, que algunos académicos llaman “tiranía del don” no afecta todos los pacientes y no interesa todas las experiencias post-trasplante; varios, de hecho, consiguen activar una estrategia para superar el punto muerto en el círculo del don y dirigen a una tercera persona desconocida su necesidad de pagar la deuda, reactivando de esta manera la virtuosa circularidad del don abierta por la familia del donante.

*Palabras clave:* don, cuerpo, latir del corazón, el otro corazón.

## Abstract

### *A field research on heart transplantation*

Moving from a field research in Heart transplantation unit (ward) and Cardiac Day-Hospital at San Camillo - Forlanini, in Rome, the article concerns the unique experience of heart transplant patients and focuses on the stories of the transplanted patients, following their experience both as previously ill-suffering people and as transplanted, reborn people.

A patient with a cardiac insufficiency can be treated either pharmacologically or through devices that replace the heart or help it in its task. Although the device helps patients to stay alive, it is often intrusive and uncomfortable and patients must adapt to it. The adaptation to the machines is the first step in the long process of transformation that is aimed at the heart transplant, when the progressive adaptation between body and machine is replaced by the adaptation between the body and a foreign organ.

After the transplant the patient's attention is no longer focused on the disease but on the situation in which he is involved: he received a part of his body, the heart, as a gift from an unknown person who is already deceased. This gift is impossible to return and breaks the circularity of the gift referred by Mauss in one of his famous essays; the impossibility of restitution leads the receiver to a sense of guilt that can be described as an obsessive relationship with the donor. This process is called "the tyranny of the gift" by some scholars, but it does not involve every single experience of heart transplant; many patients are able to overcome the impossibility of a direct restitution of the gift, by turning their need to repay to third unknown people, thereby reactivating the virtuous circularity of the gift that was opened by the family of the donor.

*Keywords:* gift, body, heartbeat, the other heart.